



Eje temático: Trabajo en red y capital social

DESARROLLO SOCIAL EN SALUD



CÉSAR HERNÁN CASTRO CRUZ¹

La presente ponencia tiene como objetivo plantear una serie de hipótesis sobre las razones por las cuales en los

países de América latina, específicamente en Colombia, el desarrollo social se ha visto truncado.



Herencia colonial

En un primer momento se hace referencia a la herencia colonial de las estructuras. En el se plantea que las actuales estructuras de desigualdad se remontan a la época de la colonia. Que en el período posterior a la independencia, las élites criollas heredaron las estructuras de poder, crearon nuevas instituciones y formularon políticas que les permitieran mantener su posición privilegiada, como por ejemplo el derecho a la educación, la salud, la tenencia de la tierra y el sufragio, entre otros.

En esta primera parte se concluye que estas fuentes históricas de inequidad se mantienen en la actualidad, aunque con distintas modalidades institucionales, pese a los profundos cambios políticos, sociales, culturales y económicos acaecidos en los siglos XIX y XX. Que éstas desigualdades se reflejan en las diferencias de acceso a educación, salud, empleo, vías y servicios públicos de los grupos étnicos y sociales desfavorecidos. En el otro extremo de la escala, las élites han perpetuado su posición de privilegios a través de una variedad de mecanismos institucionales públicos y privados, que bajo la égida de la “democracia” les han permitido legislar en pro de sus intereses económicos, políticos y sociales, inhibiendo el desarrollo social debido a que la mayoría de los esta-

¹ Sociólogo. Magíster en Política Social. Post graduado en Población y Desarrollo. Especializado en Estadísticas Laborales. Diplomado experto en Desarrollo Local. Profesor Universitario.

dos latinoamericanos aún mantienen modelos de influencia y clientelismo

arraigados en un patrón de relaciones sociales desiguales².



Contexto del desarrollo social

El segundo acápite hace referencia al contexto del desarrollo social tratado desde los indicadores del empleo como variable determinante del acceso a los derechos humanos mínimos que tiene el ser humano, tales como alimentación, vestido, educación y salud.

Aquí se muestra, por ejemplo, que la última Reforma Laboral se justificó con el argumento de crear más empleo, para lo cual se flexibilizó la jornada laboral y se instituyó automáticamente el trabajo por horas, días o meses. El resultado fue el que los analistas esperaban: el empleo no creció, pero sí decayó la calidad del mismo.

Con las cifras se verá que cerca de 18 millones de colombianos quedan por fuera de tener acceso a lo mínimos derechos humanos, toda vez que el empleo es la variable que genera la posibilidad de vínculo a los sistemas educación, salud y pensión. La existencia de mayores niveles de inequidad en materia de educación, salud, empleo e ingresos u otras dimensiones de bienestar, significan más pobreza. Razón por la que el desarrollo ejercerá un menor efecto dinámico sobre la pobreza, a menos que se realice una redistribución significativa.

- La desigualdad, definitivamente desacelera el proceso general de desarrollo, porque el no acceso a

oportunidades educacionales limita la posible contribución a la sociedad de algunos de los individuos más talentosos al desarrollo económico y social del país;

- Por la desigualdad la delincuencia y la violencia aumentan, dado que lo que les es negado por derecho se toma por la fuerza.

Desde esta óptica se concluye que otra de las enfermedades de los países de América Latina, entre los que se cuenta Colombia, está en que “el acceso a la protección social ha sido excluyente y segmentado por grupos de población, y generalmente ha beneficiado a los grupos con capacidad de organización y representación pública. Así, los regímenes de protección han sido segmentados y relativamente regresivos, al no beneficiar a los sectores más pobres, castigando los objetivos de equidad”³.

Hecho el análisis de las variables y asumiendo que el desarrollo social es un “proceso permanente de mejoría en los niveles de bienestar social, alcan-

² Ver al respecto: Estudios del Banco Mundial sobre América Latina y el Caribe. Resumen Ejecutivo. ¿Ruptura con la historia? David de Ferranti • Guillermo E. Perry • Francisco H. G. Ferreira • Michael Walton. Banco Mundial

³ Equidad y Desarrollo Social. Capítulo 3. De la Segmentación a la Cohesión. Principios de la política social y lucha contra la pobreza. CEPAL

zados a partir de una equitativa distribución del ingreso y la erradicación de la pobreza, observándose, índices crecientes de mejoría en la alimentación, educación, salud, vivienda, empleo, medio ambiente y procura de justicia en la población” se invita a aceptar que en Colombia el derecho al desarrollo como “derecho humano inalienable en virtud del cual todo ser humano y todos los pueblos están facultados para participar en un desarrollo económico, social, cultural y político en el que puedan realizarse plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, a contribuir a ese desarrollo y a disfrutar del él”⁴, no se le está negando a la mayoría debido a una enfermedad bautizada como “mentira institucional”, debido al manejo engañoso de los indicadores.

La Reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, por su parte, revela que la salud no es derecho, sino un privilegio. Colombia inició en Diciembre de 1993 un ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura en salud de todos sus ciudadanos, con el instrumento legal de la Ley 100, que pretendía transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

⁴ Declaración sobre el derecho al desarrollo. Adoptada por la Asamblea General en su resolución 41/128, de 4 de diciembre de 1986

El viejo Sistema tuvo un gran desarrollo entre 1975 y 1984, con el crecimiento de hospitales, centros de salud y funcionarios del sector, pero la crisis fiscal del ochenta y cuatro, redujo los aportes para la salud del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos y su cobertura efectiva quedó frenada indefinidamente en el 27% de la población.

Por otra parte, un 15% de la población tuvo en el mismo período cobertura por parte del Instituto de Seguros Sociales, limitada a la fuerza laboral, un 5% por otros servicios de seguridad social para funcionarios públicos y sus familias –total 20%–, y un 10% de los colombianos podían financiar su salud privadamente. El resto –15%–, se consideraba sin accesibilidad a servicios de salud aceptables.

La Reforma definió dos regímenes: el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio.

Las cifras no son alentadoras y revelan, según la Contraloría General⁵, que:

“Luego de una década de la implantación del SGSSS, las expectativas no han sido satisfechas: la cober-

⁵ Ver: Contraloría General de la República, Balance Social 2004

tura universal es una meta lejana, los indicadores de salud pública se han deteriorado, se ha debilitado la acción Estatal y se han aumentado las inequidades”

“La transformación de los subsidios de oferta a demanda, el aumento significativo de los gastos de los hospitales y la sustitución de parte de los servicios de la red pública por la red privada, impactó en forma negativa la situación financiera de los hospitales públicos.”

Dicha realidad implica que la enfermedad, en el viejo sistema, no estaba en las entidades prestadoras del servicio, sino en la corrupción institucional tan-

to institucional como regional, coyuntura que se aprovechó para montar el negocio más lucrativo a favor de las elites que, ni cortas ni perezosas, montaron estructuras organizacionales para enriquecerse más, con la enfermedad de los desfavorecidos.

El complemento perfecto provino de la obligatoriedad legal que determina que para ser contratada, la persona debe estar afiliada al sistema de salud y al régimen de pensiones por su cuenta. Con esto los empresarios se desvincularon de la responsabilidad social de la salud de la fuerza de trabajo y aumentaron sus ganancias, no sólo por la flexibilización de los contratos, sino por la liberación de la afiliación al sistema.



Cultura ocupacional y desarrollo humano

El tercer acápite hace referencia al no manejo cultural de las profesiones de la salud, especialmente la sicología y la terapia ocupacional, debido al desconocimiento de las mismas y a la falsa concepción que de ellas se tiene. La primera es vista como profesión para locos y la segunda como masajes para las personas cansadas.

Desde este punto de vista se enfatizará en la falta de una cultura del bienestar ocupacional, que se causa en el desconocimiento y en la falta de la aplicación de métodos que conserven y promuevan la calidad del desempeño ocupacional productivo y gratificante. El juego, el tiempo libre, las buenas relaciones interpersonales, el medio ambien-

te, entre otros, deben generar un desempeño ocupacional humano sano.

Este desempeño ocupacional humano sano, no es posible sin la presencia de profesionales que conozcan de las características físicas, sociales, espirituales de las personas.

Por lo anterior se formularán recomendaciones para la gestión de servicios relacionados con la necesidad de las personas y las comunidades en materia de atención ocupacional como determinante del desarrollo humano, toda vez que ésta permite mejorar la calidad de vida, la realización individual y el progreso de los grupos humanos.